

FORMULIR PENARIKAN DANA SEBAGIAN POLIS *UNIVERSAL LIFE*

Diisi oleh Pemegang Polis

Nomor Polis :

Nama Pemegang Polis : _____

No Telepon : _____

Alamat E-Mail : _____

Bermaksud melakukan penarikan dana sebagian Polis *Universal Life*:

JUMLAH PENARIKAN DANA INVESTASI

_____ IDR/USD*

Dana Ditransfer ke Nomor Rekening :

Bank : _____
Cabang : _____ Kota _____
Jenis Rekening : Rupiah US Dollar
No. Rekening : _____
Atas Nama : _____

Dalam mengisi dan menandatangani Formulir ini, saya sebagai Pemegang Polis mengerti dan menyetujui:

- Khusus untuk Produk MPH:
 - Penarikan dana dapat dilakukan setelah polis berjalan minimal 2 tahun.
 - Penarikan dana polis MPH Minimal USD 1.000,00
 - Sisa dana Setelah penarikan minimal USD 20.000,00
- Apabila pengajuan diterima oleh Customer Service pada hari kerja sampai dengan pukul 15:30 WIB, maka pengajuan tersebut akan diregister pada hari yang sama, sedangkan jika pengajuan diterima setelah pukul 15:30 WIB maka pengajuan tersebut akan diregister pada hari kerja berikutnya. Pengajuan akan diproses setelah semua persyaratan telah diterima oleh Bagian Policy Owner Service (POS) dengan lengkap.
- Transaksi Penarikan Dana Sebagian Polis *Universal Life* yang telah diproses Perusahaan tidak dapat dibatalkan Pemegang Polis dan Perusahaan berhak menolak pengajuan pembatalan yang dimaksud.
- Setiap Transaksi wajib melampirkan identitas yang berlaku berupa KTP atau (KITAS dan *Passport*)**
*pilih salah satu ** KITAS dan *Passport* khusus untuk Warga Negara Asing

PERNYATAAN TENTANG KEPATUHAN

- 1) Saya/Kami adalah Wajib Pajak Negara Asing

Ya Tidak

Jika Ya, mohon sebutkan Negara dan Nomor Identitas Pajak (*Tax Payer Identification Number-TIN*)

Negara: _____ TIN: _____

- 2) Saya/Kami setuju bahwa Saya/Kami akan memberitahukan segera kepada Perusahaan setiap perubahan atau penambahan informasi yang telah Saya/Kami berikan tentang Saya/Kami, Tertanggung, Termaslahat/Penerima Manfaat dan Pemilik Manfaat/**Beneficial Owner** yang disebutkan dalam Polis dan orang lain yang relevan (jika ada, secara bersama-sama dengan Tertanggung dan Termaslahat/Penerima Manfaat serta Pemilik Manfaat/**Beneficial Owner** selanjutnya disebut sebagai "Orang yang Relevan") sebagaimana dibutuhkan oleh Perusahaan. Saya/Kami selanjutnya setuju, atau menyatakan kepada Perusahaan bahwa setiap Orang yang Relevan telah setuju bahwa dalam hal informasi tentang setiap Orang yang Relevan telah disampaikan kepada Perusahaan, maka Perusahaan dapat mengungkapkan informasi tersebut untuk tujuan kepatuhan terhadap hukum, peraturan, kode etik atau pedoman yang berlaku, atau untuk membantu dalam penegakan hukum dan penyelidikan oleh otoritas yang berwenang.
- 3) Saya/Kami memahami bahwa Perusahaan tidak akan bertanggung jawab atas segala biaya atau kerugian yang mungkin timbul kepada Saya/Kami atau salah satu Orang yang Relevan karena tindakan Perusahaan yang diperkenankan untuk tujuan ini. Dalam hal ini, Saya/Kami setuju untuk membebaskan Perusahaan dari semua tuntutan dari Orang yang Relevan atas biaya atau kerugian tersebut di atas. Saya/Kami juga memahami bahwa kegagalan Saya/Kami untuk memenuhi salah satu kewajiban terkait Polis, atau penyajian tidak benar atau tidak akurat yang diberikan dalam Polis, akan berakibat Perusahaan berhak untuk mengurangi atau menahan semua atau sejumlah tertentu dari pembayaran manfaat yang harus dibayar sesuai Polis, dan/atau untuk mengakhiri Polis tanpa adanya kewajiban, sejauh diperbolehkan oleh hukum yang berlaku, dan Saya/Kami akan membebaskan Perusahaan dari semua biaya dan kerugian yang mungkin timbul.
- 4) Saya/Kami setuju untuk melengkapi dan menandatangani dokumen-dokumen yang diperlukan dan melakukan hal-hal untuk tujuan yang dibutuhkan oleh Perusahaan untuk melakukan evaluasi atas Polis Saya/Kami dan untuk menyediakan produk atau jasa sesuai permintaan Saya/Kami.

JANGAN MENANDATANGANI FORMULIR INI DALAM KEADAAN KOSONG

Ditandatangani di _____, tanggal _____

PEMEGANG POLIS

Tandatangan & Nama Jelas